

何故に医療情報の 共有&利活用は進まないのか

医療情報に向き合って50年の歴史を踏まえて

順天堂大学客員教授・内閣府/国家戦略特区WG委員

阿曾沼 元博

医療情報は元来、医療諜報だった！

”情報“の語源・”情報“の定義と特徴から考察する

情報の語源


敵情を報知する→→本来軍事用語・諜報の意が強い
明治36年「戦争論」翻訳で初めて公に使われる

情報の定義

“情報”とは我々に人間に 五感を通して伝えられる全ての刺激である

情報の特徴

Information→→ in form し inforam する
情報は“広く有様を知らせる”こと、本来壁を越える能力を持っている
しかし医療分野はプライバシー観点で流通しにくくしていた



「カルテは誰のモノか」議論はいつの世もあったが、「患者のモノでもある」と広く認識されたのは、つい最近のことである（個人情報保護法の前提）
ましてや「他の人や公衆衛生の為のモノである」という認識は非常に低い
医療情報が「医療諜報」であった時代が長く存在していた

本邦の医療情報システムの導入経過！

診療報酬体系、薬事行政等の医療制度は国主導で制度遵守が義務化されてきたが
公的予算投入で活性化した情報システム導入に関しては国の関与が不十分

2021~ デジタル社会のキーワードは「情報共有基盤構築」
国家戦略特区・スーパーシティの構想、モデル地域選定
デジタル庁創設ーデジタル田園都市構想、地域指定作業
都市OS・建物OS・医療OS等情報共有基盤整備に政策出動か？
自民党「健康・医療情報システム推進合同PT」発足

2020年代ーデータ共有→標準化実装段階に（政府主導意識高まる）
HL7 FHIRがデータ共有の本命となり実装機運高まる
データの後利用議論・社会実装も広がる（現場主導）

2010年代ーデータ共有→標準化議論の為の議論が延々と続く
SS-MIX、HL7等のデータ交換規約の標準化議論も続く
データの後利用議論・社会実装も広がる（現場主導）

2001~2003
厚労省)電子カルテ等導入促進事業
特定機能病院等情報化推進施設整備事業
地域連携の為の電子カルテ導入補助事業
等で総額：458億円(半額補正)予算投入

2000年代ー電子カルテシステム導入機運高まり、大規模中心に導入
厚労省が民間病院導入促進策として半額補正実施
地域医療ネットワーク構築が各地で議論・検討・開始

かつては
900億円市場創造

1990年代ー電子カルテシステムの開発本格化（国産ベンダー）
年代後半に先駆的の病院で電子カルテシステム導入
診療所等小規模機関でも導入検討活発化

1995~
電子カルテシステム導入機運
厚労省が三原則にて診療録認定
1999：本格的電子カルテ稼働
（島根県立中央病院にて本稼働）

1980年代ーオーダリングシステム（発生源入力）導入スタート
オーダリングで部門システムとのネットワーク化促進
遠隔医療・電子化カルテ・レセ電算等の検討がスタート

1983~
レセプト電算検討スタート（レインボーSys）
電子カルテ & 遠隔医療のFeasibility Study開始
（MEDISが予算化・長崎等をフィールドに）

1970年代ー医事会計等の部門システム開発がスタート
米国の発生源入力システム開発を参考に研究スタート
各県1大学病院構想等に合わせ行政予算化が本格化

1975~
都立駒込病院新築契約に合わせ本邦初の発生源入力開始
筑波大学以降新設医科大学で電算導入予算化で導入活発化
各企業で発生源入力=オーダリングシステム開発活発化

導入経過における特徴！

- ①公的予算主導型での導入（文部省、各自治体、厚労省等での予算化）
- ②購入仕様書は各機関任せ（標準的仕様書は無かった） ← 競争加熱
- ③標準化議論は時間がかかり、標準化した途端に陳腐化（進化するので）
- ④院外接続に関する不安強く、院内に閉じられたシステム化が続く
- ⑤一本化契約でプライムベンダーが一括請負で構築する形態が多い

標準化議論・システム機関導入計画・システム関連技術の進化

これらのタイムラグ・ギャップが発生

公 & アカデミア中心の標準化議論が延々と続き、標準化仕様も変遷

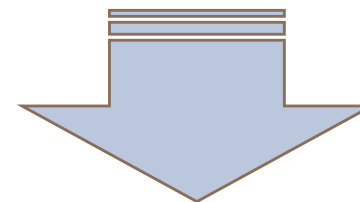
公的には標準化議論進むが、現場は短納期・機能競争・価格競争もあり
コード体系・データ構造化・用語・システム間携連規約等多様化

先駆けて・追いかけて・後を追う

世界に先駆けて1983年にシステム検討始まる
その後16年かけて やっと1999年に導入本格化



そして23年経って
やっと**50%**程度に
電子カルテ構想から
なんと**39年**掛けて・・・



電子カルテ普及率の国際比較

- 日本の電子カルテ普及率は、**海外に比べて低い**¹



2017年時点の国際比較 (アクセンチュア報告資料より転載)

- ・院内でのデータ共有は進化
- ・施設間データ連携は進まず
- ・先進的地域で地域ネットは1995年以降徐々に進化
- ・1995年以降PHR検討と一部地域や施設で徐々に導入
- ・2000年以降情報共有、情報交換規約標準化機運高まる

本邦の電子カルテシステム導入実態（施設別等）

電子カルテシステム等の普及状況の推移

電子カルテシステム

	一般病院 （※1）	病床規模別			一般診療所 （※2）
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成20年	14.2% (1,092/7,714)	38.8% (279/720)	22.7% (313/1,380)	8.9% (500/5,614)	14.7% (14,602/99,083)
平成23年 （※3）	21.9% (1,620/7,410)	57.3% (401/700)	33.4% (440/1,317)	14.4% (779/5,393)	21.2% (20,797/98,004)
平成26年	34.2% (2,542/7,426)	77.5% (550/710)	50.9% (682/1,340)	24.4% (1,310/5,376)	35.0% (35,178/100,461)
平成29年	46.7% (3,432/7,353)	85.4% (603/706)	64.9% (864/1,332)	37.0% (1,965/5,315)	41.6% (42,167/101,471)

オーダリングシステム

	一般病院 （※1）	病床規模別		
		400床以上	200～399床	200床未満
平成20年	31.7% (2,448/7,714)	82.4% (593/720)	54.0% (745/1,380)	19.8% (1,110/5,614)
平成23年 （※3）	39.3% (2,913/7,410)	86.6% (606/700)	62.8% (827/1,317)	27.4% (1,480/5,393)
平成26年	47.7% (3,539/7,426)	89.7% (637/710)	70.6% (946/1,340)	36.4% (1,956/5,376)
平成29年	55.6% (4,088/7,353)	91.4% (645/706)	76.7% (1,021/1,332)	45.6% (2,422/5,315)

【注 釈】

（※1）一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

（※2）一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

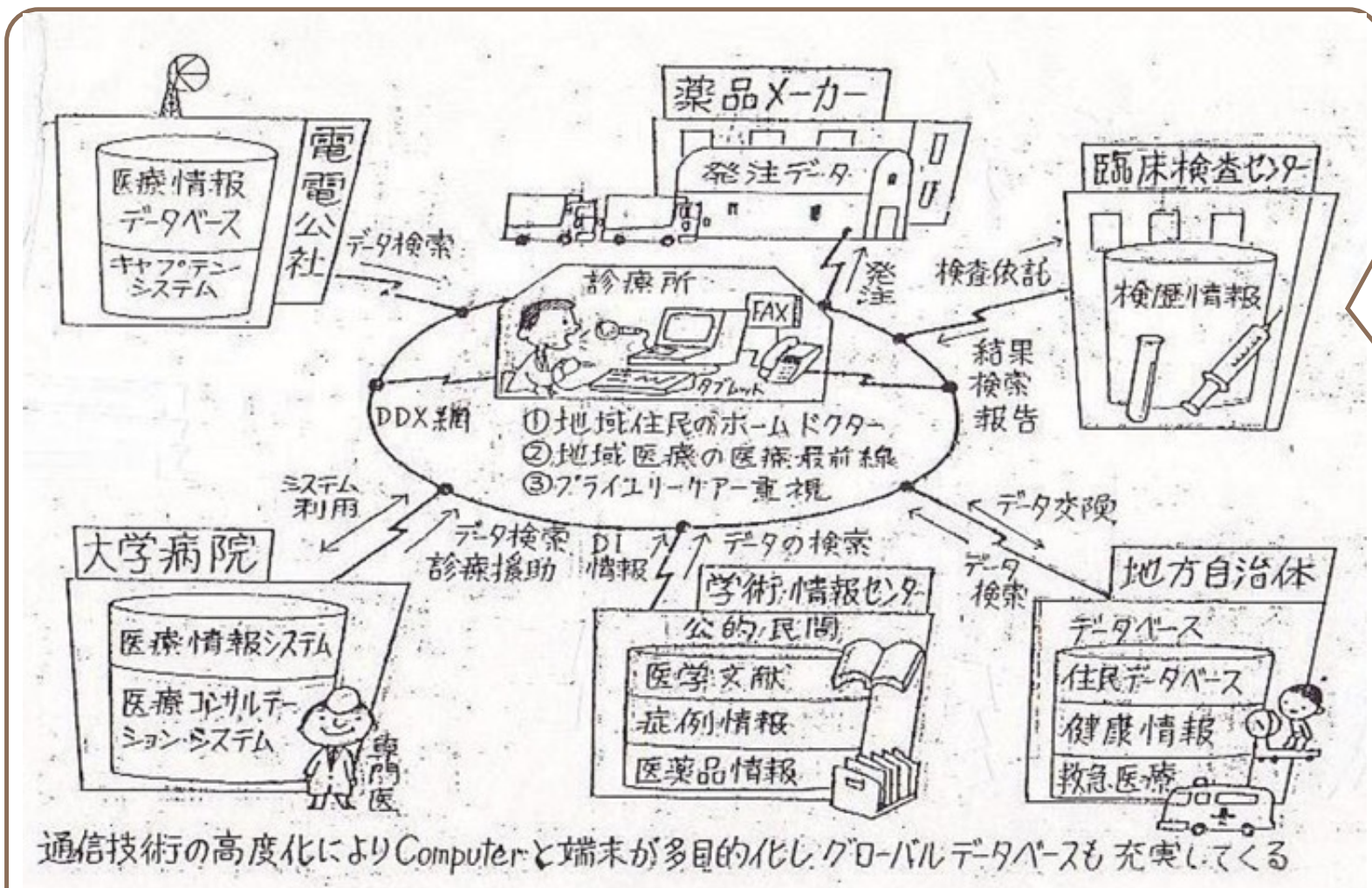
（※3）平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

国際比較のベースとなった2017年厚労省調査

出典：医療施設調査（厚生労働省）

1970年代・直ぐにデータ利活用は可能と思っていた

情報発生源で収集される健康・医療情報は、当然多方面で利活用すべきと
47年前当時も先進的医師達は考えていたが、標準化出来ずその活用は非現実的感あり



当時の時代背景
都立駒込新病院開設でオーダリング導入検討
新設医科大学病院新設時に電算化予算化開始
カルテ等は各科保管が普通・情報共有観念希薄
患者個人情報保有は問題外の社会通念

1975年当時に考えた5年後に実現したい医療情報ネットワークの姿

健康・医療情報活用基盤構築構想 (2002年当時)

日本経済新聞

12月30日
月曜日

最適診療へ情報共有

「医療研究会付属病院(東京・豊島)など都内の有力三病院と大学、医師会が連携し、患者情報の共有や先端医療機器の共同利用に乗り出す。二〇〇五年をめどにカルテを電子化してデータベースを作り、参加医療機関が共通のカルテに基づいて診療できるようにする。医療の情報技術(I-T)化で病院は専門性を高め、患者は病状に応じた最適な診療を受けられるようになる。(医療のI-T化は3面きょうのことば)参照＝解説11面」

有力病院、大学・医師会と連携 カルテを電子化



化するための研究会を設立した。近く豊研研究会(同・中央)も参加する方向。国際医療福祉大学が事務局となり、インフラ構築を担う企業や医療関連企業にも参加を呼びかける。

各病院と医師会がカルテを電子化し、共同データベースを構築する。医師が患者の病歴や治療履歴を容易に参照できるようにして治療効果を高める。緊急時に専門医が不在の際、別の病院から遠隔診療などを受けられるようにするほか、集めたデータを分析して治療効果の検証も進める。微小ながんも見つけられるボシトロン断層撮影装置など高価な先端医療機器を備えた共同の検査・診断センターの設立も計画している。高価化する先端医療機器の設備投資を抑えるのが狙いだ。

医療機関は患者のデータを共有することで、得意分野ごとに役割を分担できるようになる。患者は病状に応じた診療を受けやすくなるほか、専門の病状で手術した後、地域のかかりつけ医でも同じデータに基づいて治療を受けられる。

研究会は事業を進めるため各病院などに共同出資会社か非営利組織(NPO)の設立を検討している。新しいNPO事業体は医薬品や医療機器の共同購入のほか医療事務などの受託も視野に入れ、病院経営の効率化につなげる。

病院同士や病院と診療所の間は一部で進んでいるが大半は医師の出身大学など人的なつながりに依存している。複数の病院が中心となりI-Tを駆使して患者情報を共有するインフラ整備を事業化する試みは初めて。

医療のI-T化

きょうのことば

▽厚生労働省は2001年12月に医療の情報技術(I-T)化に向けたグラウンドデザインをまとめ、電子カルテなどの普及目標を設定した。医療の質の向上や情報開示など、患者へのメリットが大きいからだ。病院向け電子カルテだけでも潜在市場は2兆円程度あるとみられ、富士通やNECなどが開発に力を入れている。

▽ただ、現状では電子カルテの普及率は国公立を中心に全病院の1%程度。増収効果が見込みにくいほか、規制により企業のデータセンターを

- 電子カルテやレセプト電算化での厚労省の普及目標
- ▼電子カルテ
 - ・2004年度までに360施設(病院の約4%)以上
 - ・2006年度までに400床以上の病院の6割以上、診療所の6割以上
 - ▼レセプト(診療報酬明細書)の電算化
 - ・2004年度までに全国の病院レセプトの5割以上
 - ・2006年度までに同7割以上

活用できず、病院にとってはサーバーなどに巨額の投資が必要になるからだ。今後は、I-T化による診療報酬の上乗せや、規制緩和を進めるなど、もう一段の普及促進策が必要になりそうだ。

有力病院と大学など連携 経営効率の向上も狙う

「有力病院や大学などが連携して情報の共有を進める計画が動き出した背景には、豊研研究会付属病院のほか二〇〇二年に開業した東京都江東高齢者医療センターなど最新鋭の設備を備えた医療機関が、東京臨海地域に集積してきたことがある。参加機関は独自の情報技術(I-T)化に取り組みしており、共同事業を進める際に基盤を生かせる点にまで高めることも視野に入れ、新薬の臨床試験などにも積極的に取り組む方針。日本は新薬などの承認に時間がかかるため、海外で治療を受ける患者も出始めているからだ。研究会のメンバーである豊研研究会付属病院の武藤徹一部長は「海外からも患者を呼べる医療水準を達成したい」と話す。今回の試みが軌道に乗れば、他の地域でも同様の取り組みが広がる可能性がある。

民間主導の構想等もあった

まとめ / 情報共有 / 利活用を阻む医療現場状況

民間企業
競争原理
企業論理

導入仕様
現場主導
標準仕様無

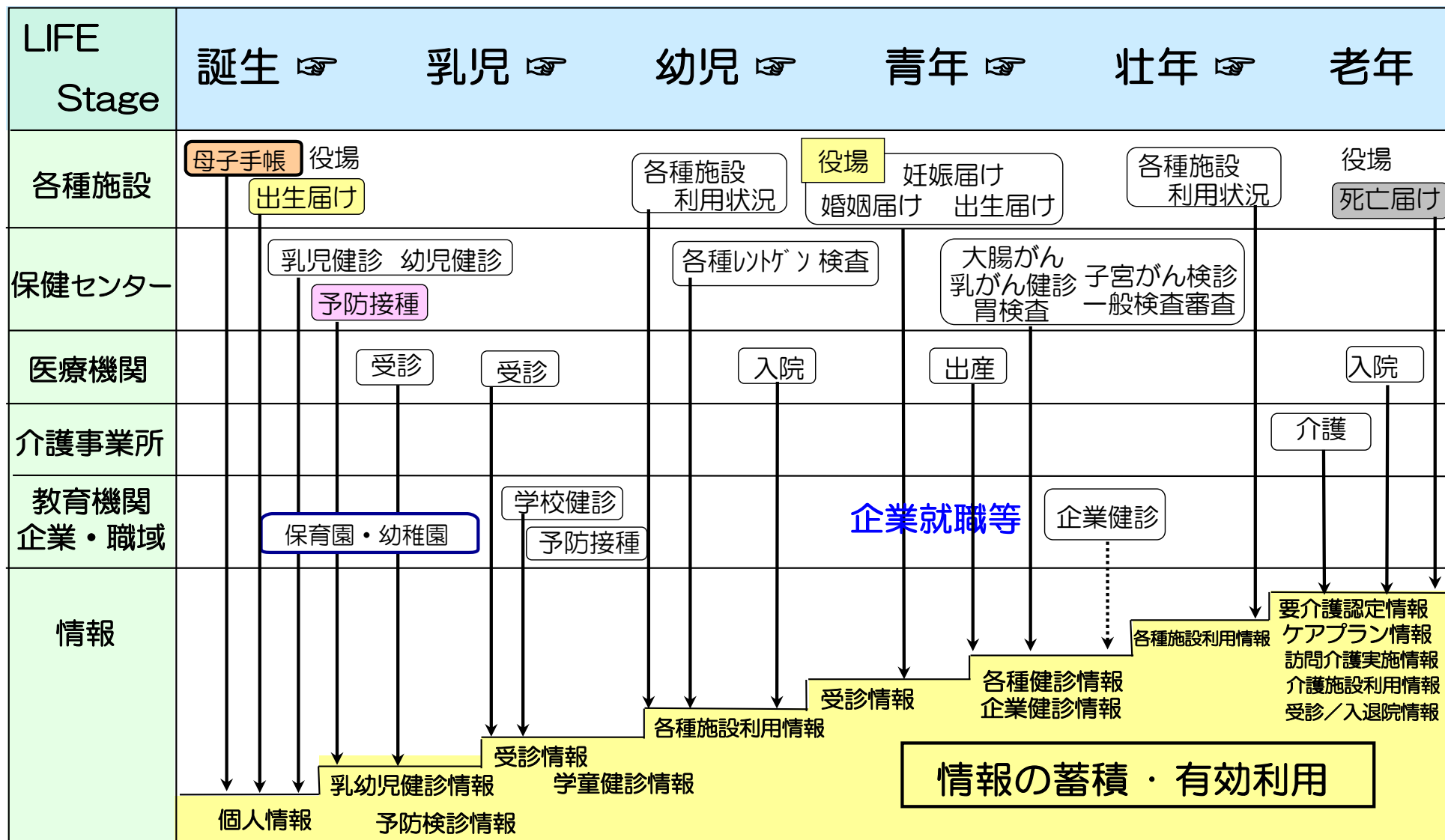
情報システム
点数担保**無**
コスト化

標準化への
政策誘導
資金投入
不十分

データ管理の
主体輻輳化
縦割り

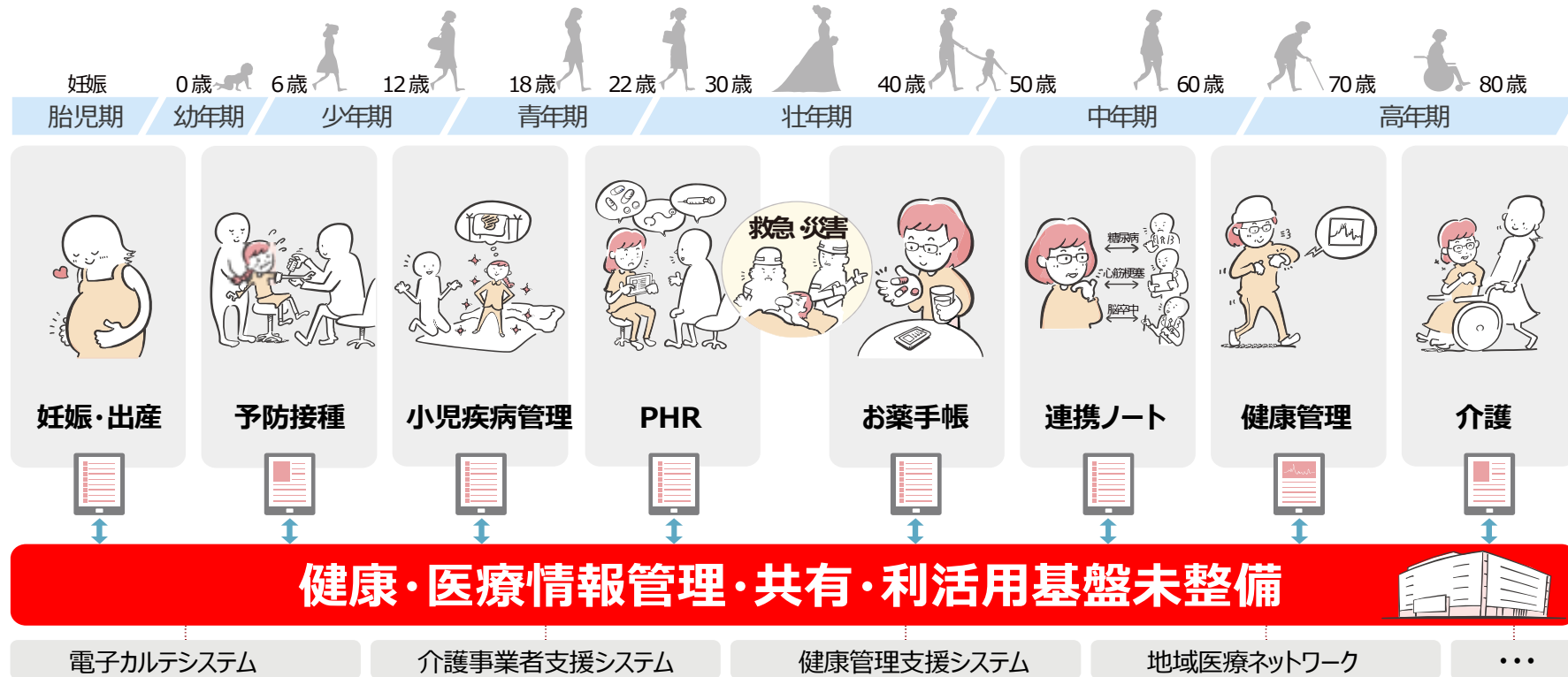
公的予算を中心に公的機関で電子カルテシステム導入
院内効率化優先・ベンダーワンストップ開発

情報共有が叫ばれるが、そう簡単ではない



ライフステージを通じて、データ発生源・保管管理主体・データ構造バラバラ
用語・コード等も標準化できておらず 必要な情報が個々人に一意化されていない

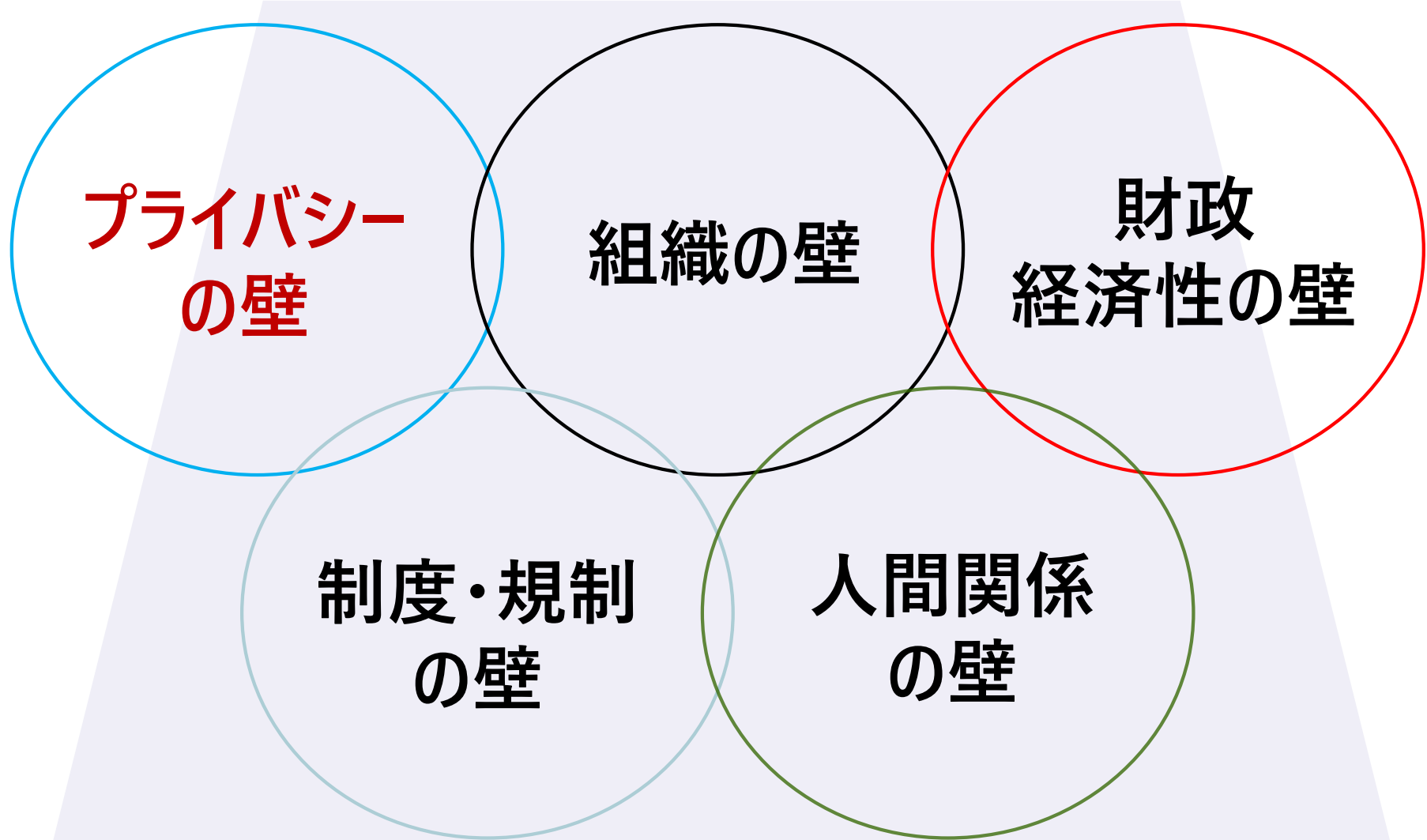
Life Stageを通じた情報共有が強く求められる



同様の課題意識だが各地域バラバラにシステム化実施

各地域で独自の地域医療情報ネットワークが進化・県域跨ぐニーズは少ない
1995年頃より機運高まり、2000年代に入り、多くの地域ネットワークが出現
今後は病院間ネットワーク、地域ネットワーク間の情報共有基盤整備が急務

さらに/情報共有や利活用を阻む本質的壁が



国民性・世論と言われるモノ・教育・感情などの意識
デジタル社会に相応しい、データ利活用共通基盤不備

データ共有先進国「エストニア」との違いを確認

医療情報化 エストニアはEUやOECDにおけるeヘルスのリーダー国

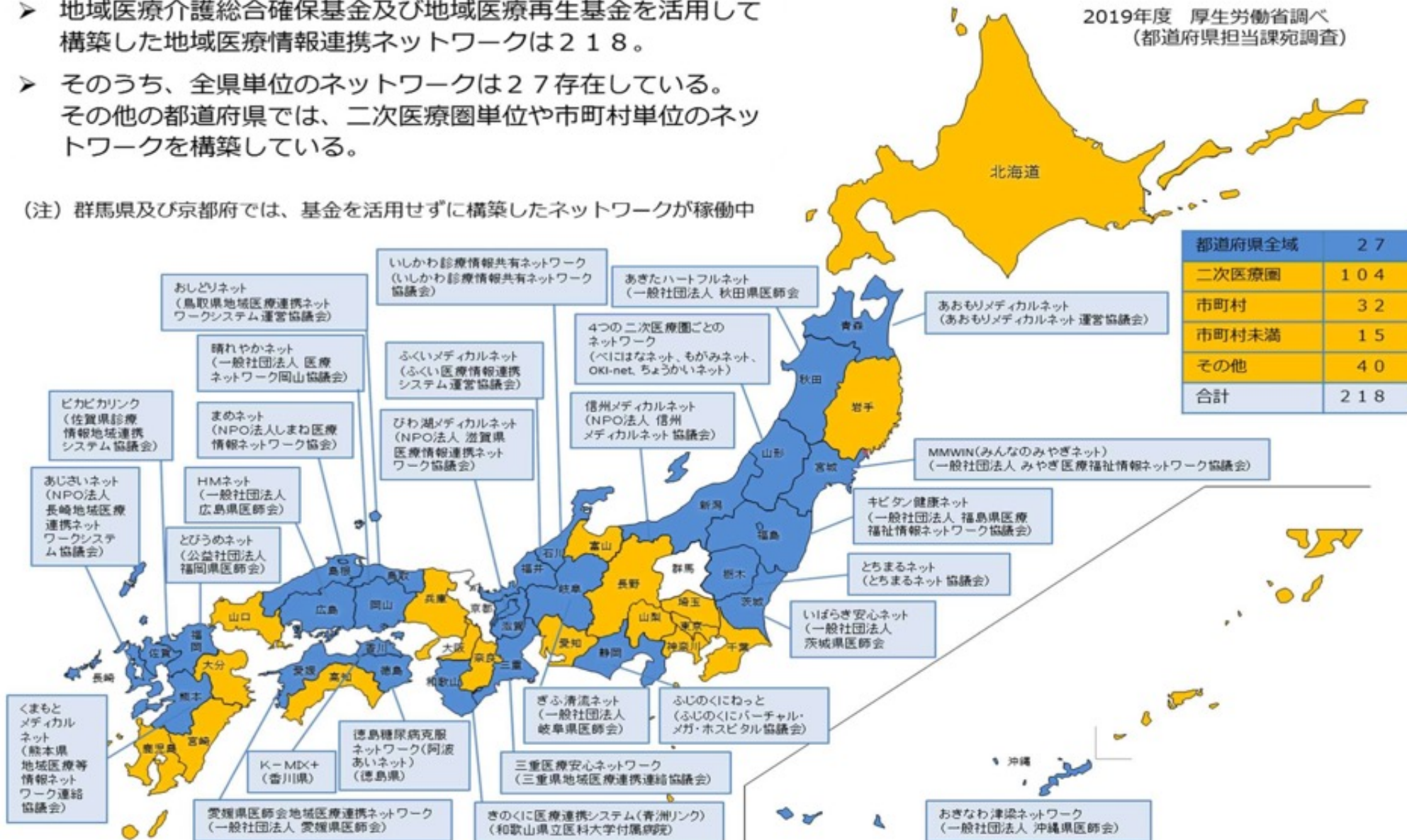
	エストニア	日本
患者識別番号	あり	なし（医療等IDを導入予定）
eヘルス戦略	あり	なし（健康・医療戦略）
電子カルテの普及	ほぼ100%	20-70%
電子カルテの共有	全国	系列病院、地域
データ標準化	国主導で実施済み ATC コード、HL7、ICD10 等	国が推奨する標準？
病院ネットワーク化	2015年に全国完了	各地域でネットワーク化？
電子処方箋	あり（利用率99%）	2023年1月より運用が開始？
患者ポータル （自己医療情報の閲覧）	あり	なし（一部地域で実証等）
医療データ提供	医師に義務付け	データ提供を依頼 （がん登録は義務化）

しかし/地域内での情報共有は個々に進化し始めている

- 地域医療介護総合確保基金及び地域医療再生基金を活用して構築した地域医療情報連携ネットワークは218。
- そのうち、全県単位のネットワークは27存在している。その他の都道府県では、二次医療圏単位や市町村単位のネットワークを構築している。

(注) 群馬県及び京都府では、基金を活用せずに構築したネットワークが稼働中

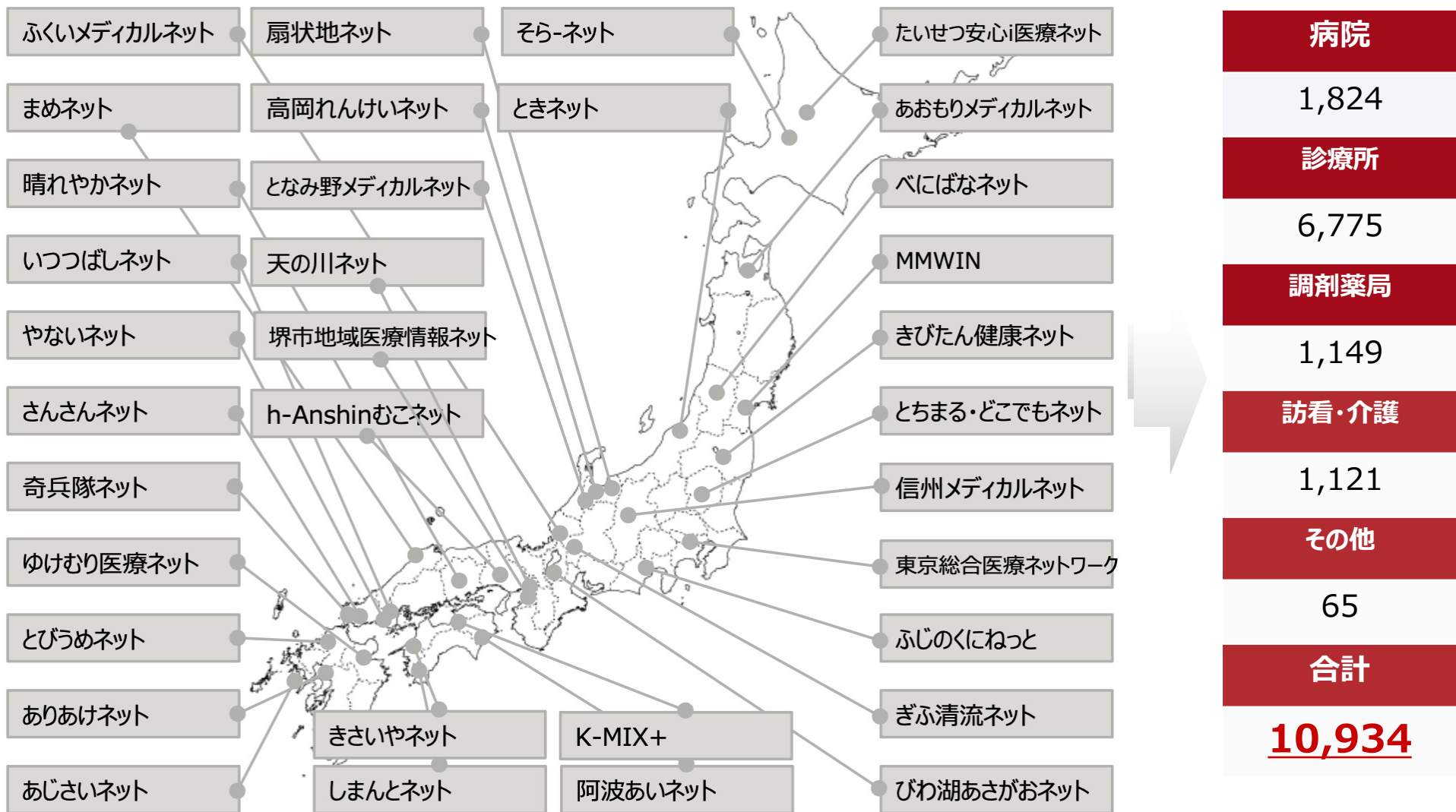
2019年度 厚生労働省調べ
(都道府県担当課宛調査)



出典：厚生労働省提供資料

地域内での情報共有は個々に進化し始めている

富士通「HumanBride」稼働実績

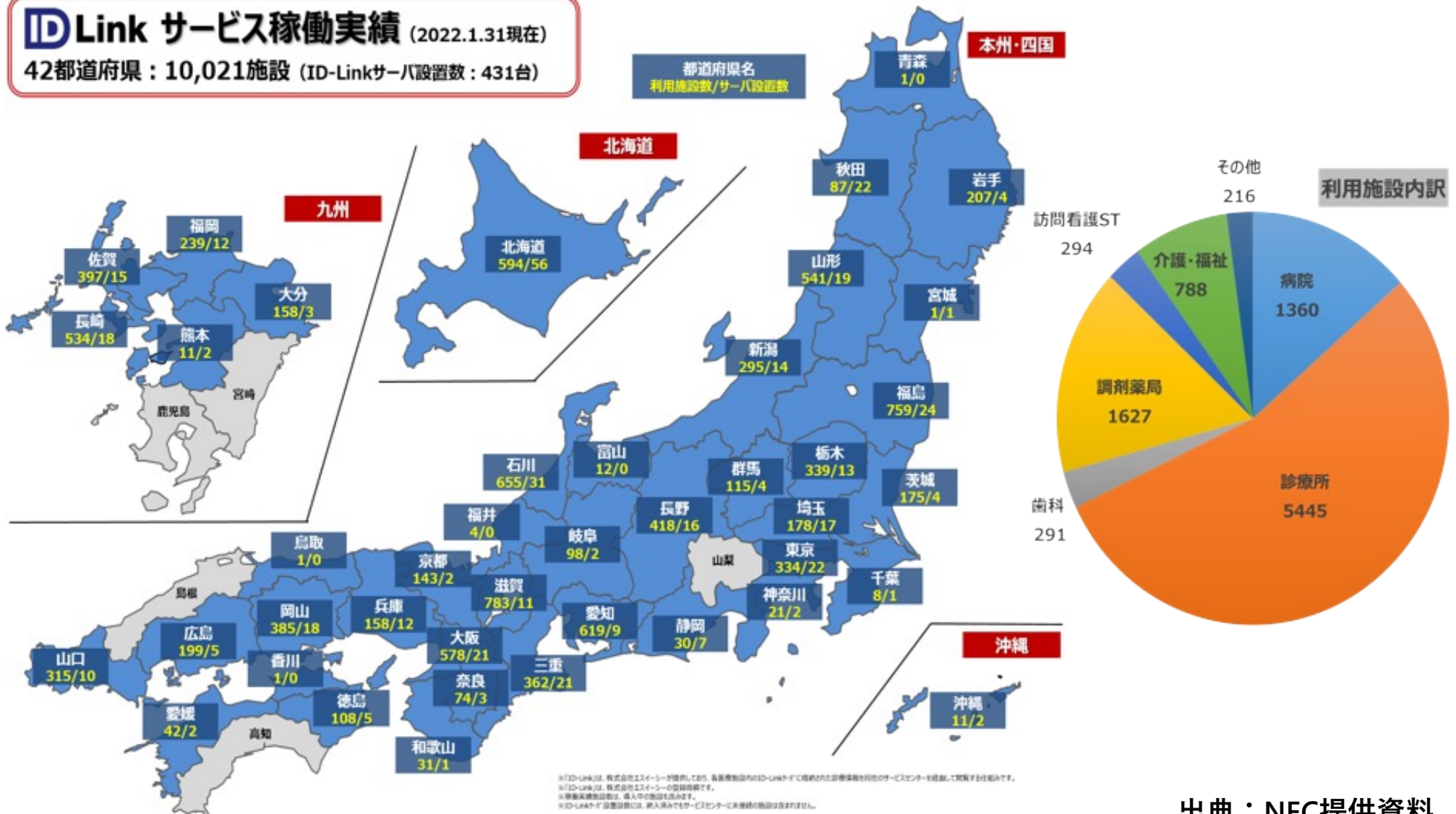


出典：富士通提供資料

地域内での情報共有は個々に進化し始めている

NEC「IDLink」稼働実績

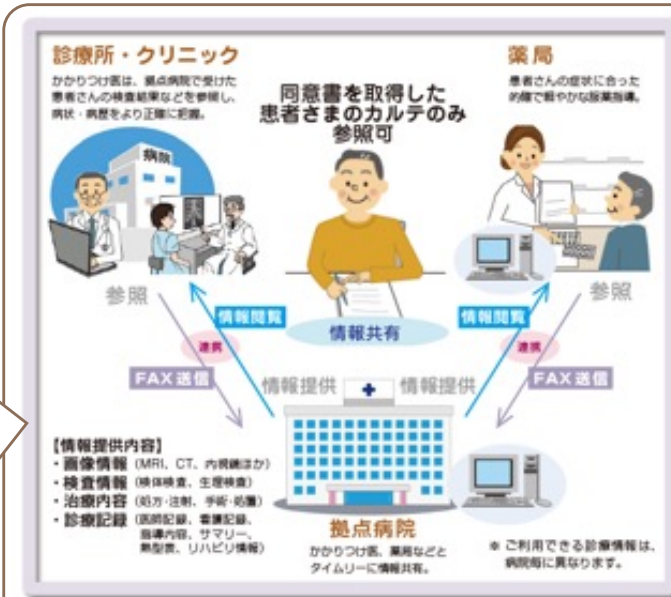
ID Link サービス稼働実績 (2022.1.31現在)
 42都道府県：10,021施設 (ID-Linkサーバ設置数：431台)



出典：NEC提供資料

地域内での情報共有は個々に進化し始めている

歴史あるネットでは
県域を超えて情報共有が
進展し企業間連携進展



NEC版と富士通版の相互乗り入れ



http://www.ajisai-net.org/ajisai/07_outline/index_4.html より抜粋

新規ネットでは企業間
システム連携をベースに
相互連携・乗入れ進化

東京都の地域医療を支援する
東京総合医療ネットワーク

TEL:03-5217-0896

連携患者数 7,981人
[2011年4月1日現在]

ビジョン

仕組み

運営体制

参加病院・診療所一覧

会員専用ページ

部民の皆さまへ

各種申込書等

カルテをつなぐ 人をつなぐ

つながれば、医療はもっと便利に。
ひらがれば、安心はもっと身近に。
もう始まっています。
東京の未来を支える医療ネットワーク。

※連携患者数は東総医に参画している医療機関間の連携数、それぞれのネットワークの病診連携の数は含まない。



東京総合医療ネットワークホームページより
https://www.tokyo.med.or.jp/tokyo_medical_network

更に/匿名加工医療情報の情報共有は先行的に進んでいる

認定事業者の概要

一般社団法人ライフデータイニシアティブ
(認定匿名加工医療情報作成事業者)



法人概要

- 設立日：2018年4月4日
- 所在地：京都府京都市左京区下鴨森本町15
- 特別顧問：井村 裕夫（京都大学名誉教授・元京都大学総長）
- 代表理事：吉原 博幸（京都大学名誉教授・宮崎大学名誉教授）

医療情報等の取扱い業務の委託

NTT DATA
株式会社エヌ・ティ・ティ・データ
(認定医療情報等取扱受託事業者)

認定事業

- 認定日：2019年12月19日
- 契約施設：51施設（2021年9月現在）
- 収集医療情報：約72万人（2021年9月現在）
- 提供匿名加工情報：9件（2021年9月現在）

統括管理責任者：吉原 博幸
匿名加工・分析責任者：荒木 賢二
情報セキュリティ責任者：黒田 知宏

一般財団法人日本医師会医療情報管理機構
(認定匿名加工医療情報作成事業者)



法人概要

- 設立日：2019年3月7日
- 所在地：東京都文京区本駒込6-1-21
- 代表理事：今村 聡（日本医師会副会長）

医療情報等の取扱い業務の委託

ICI株式会社
(認定医療情報等取扱受託事業者)

NS Solutions
日鉄ソリューションズ株式会社
(認定医療情報等取扱受託事業者)

医療情報等の取扱い業務の再委託

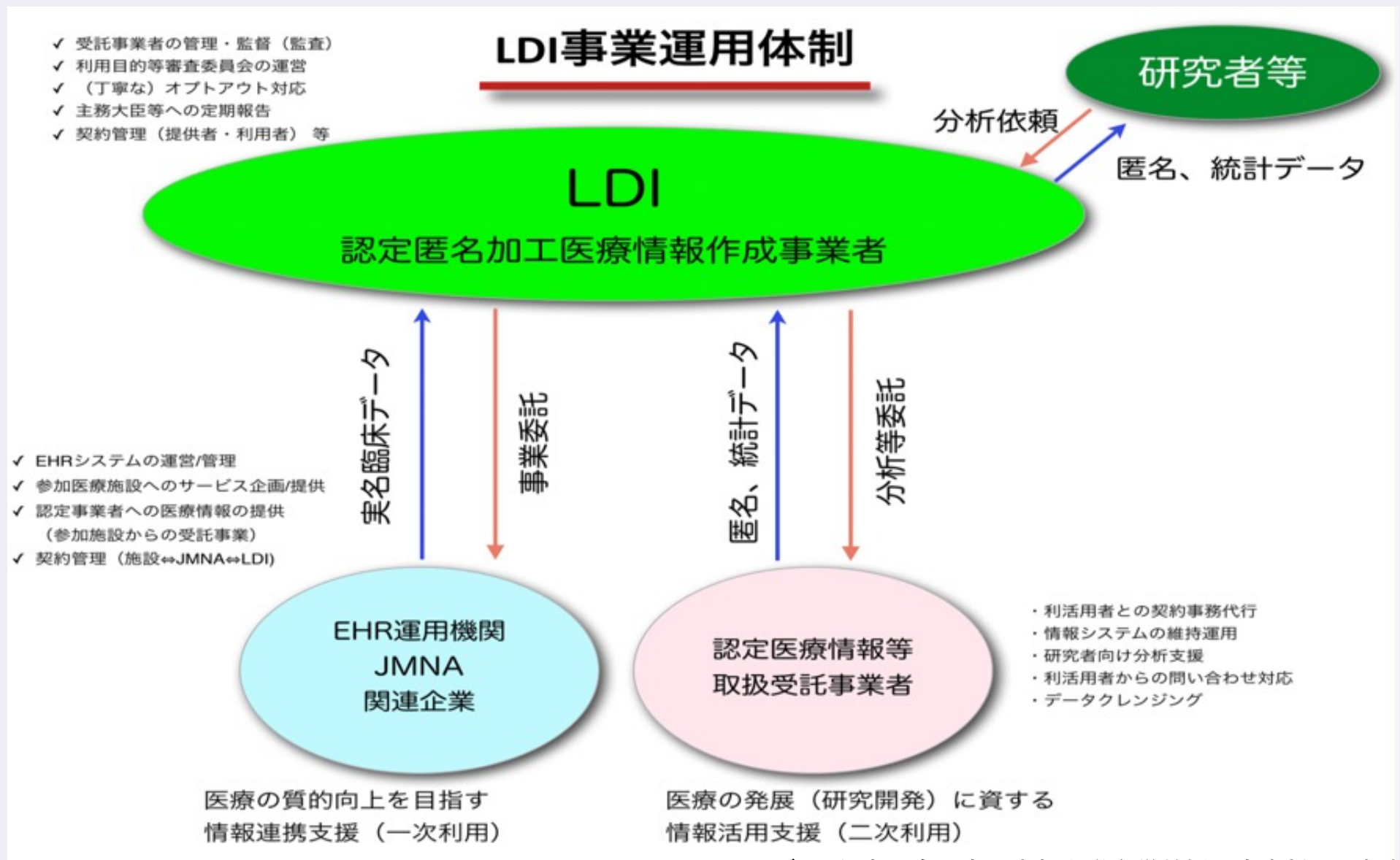
認定事業

- 認定日：2020年6月30日
- 契約施設：51施設（2021年9月現在）
- 収集医療情報：約25万人（2021年9月現在）
- 提供匿名加工情報：2件（2021年9月現在）

統括管理責任者：長島 公之
医療情報取得・整理責任者：上野 智明
匿名加工医療情報提供責任者：朝長 大
匿名加工・解析責任者：工藤 憲一
情報セキュリティ責任者：工藤 憲一

個人情報（電子カルテ）診療情報・患者プロフィール）
要配慮個人情報・死亡患者情報・仮名加工情報等
情報カテゴリ毎に、そのギャザリング方法
管理主体や保管付託管理主体（医療機関や第三者機関）
情報の後利用（利活用）のあり方等のガイドラインを
早急策定し医療現場・企業と更に国民と意義共有

参考/ライフデータイニシアティブ (LDI) の運用体制



（LDI代表理事：吉原京都大学名誉教授発表資料より転載）

参考/LDIがデータアップロード連携しているベンダーの出力状況

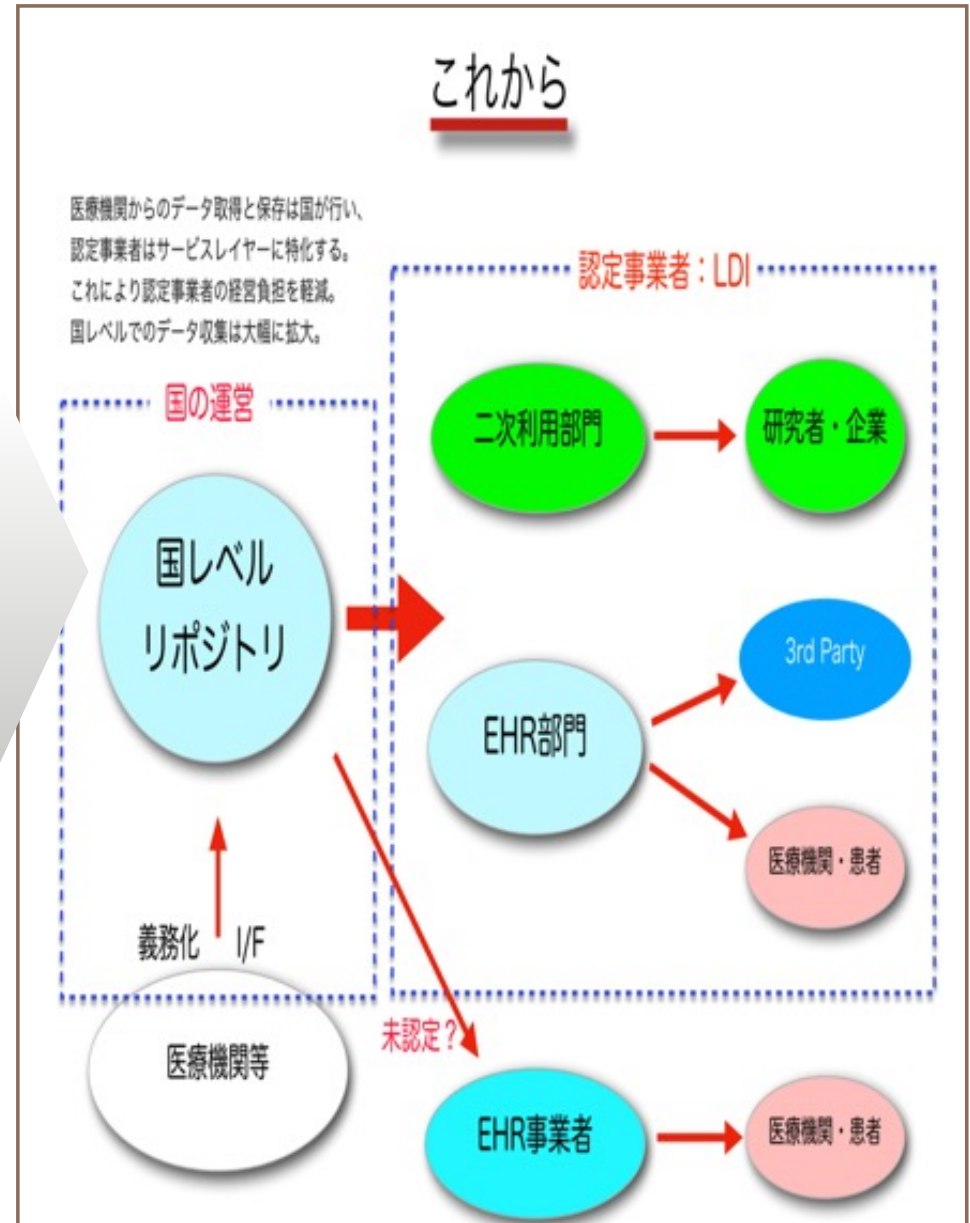
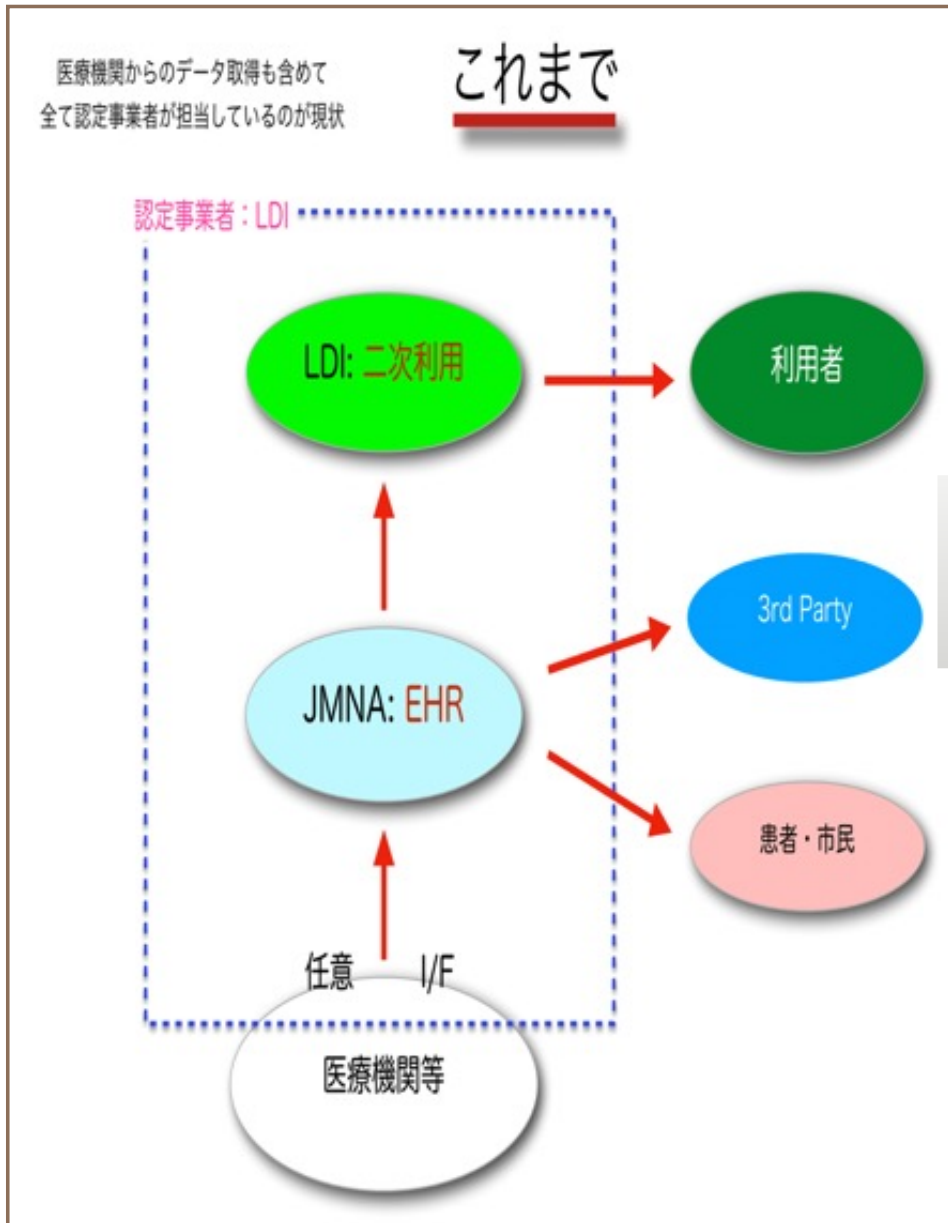
連携ベンダー/富士通：4 1・NEC：2 7・SSI：1 4・IBM:5・その他：2 1

文書種別	電子カルテベンダーごとの構造化データ出力状況						
	A	B	C	D	E	F	G
1.患者情報	○	○	○	○	○	○	○
2.生活習慣情報	○	○	×	○	×	○	○
3.基礎的診療情報	○	○	×	○	○	○	○
4.診断履歴情報	○	○	○	○	○	○	○
5.経過記録情報	○	○	×	JPEG/PDF	○	○	○
6.健康保険情報	○	○	○	○	○	○	○
7.臨床サマリー情報	○	×	○	JPEG/PDF	×	○	PDF
8.検歴情報	○	○	○	○	○	○	○
9.注射記録情報	○	○	○	○	○	○	○
10.処方箋情報	○	○	○	○	○	○	○
11.バイタル情報	○	○	○	○	○	○	○
12.体温表情報	○	○	×	○	○	○	
13.透析情報	○	○	×	○	○	○	
14.紹介状情報	○	×	○	JPEG/PDF	○	○	PDF
15.報告書情報	×	×	○	JPEG/PDF	×	JPEG/PDF	
16.手術記録情報	×	○	○	JPEG/PDF	○	JPEG/PDF	
17.初診時特有情報	×	○	×	JPEG/PDF	○	○	

○：Structured Data, ×：No Output

(LDI代表理事：吉原京都大学名誉教授発表資料より転載)

参考/LDIが考える「今後の望むべく姿」とは？



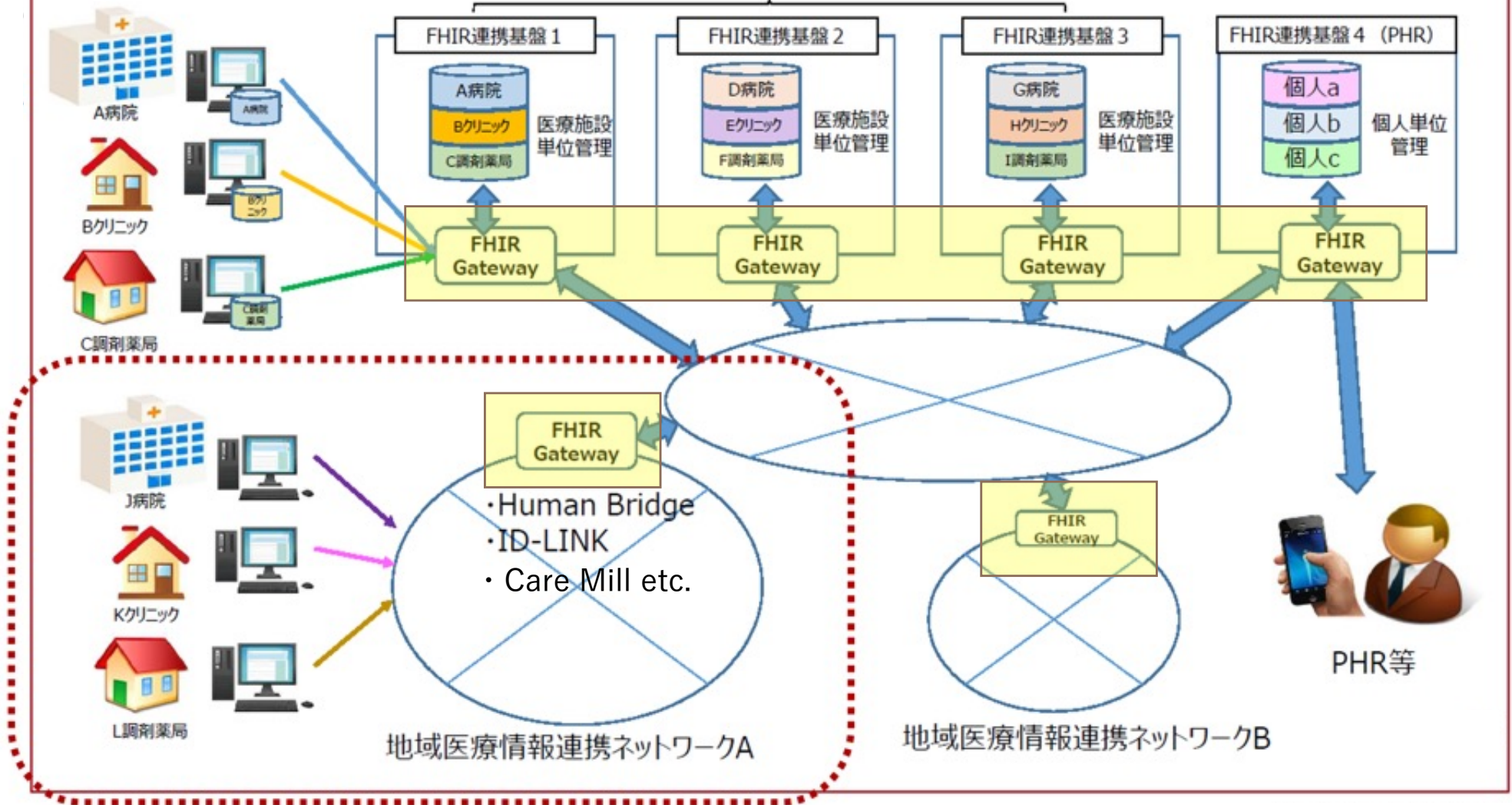
(LDI代表理事：吉原京都大学名誉教授発表資料より転載)

今後の姿/地域間情報共有における姿を共有し実行する

Open FHIR基盤を用いた基盤間連携と地域医療連携ネットワークとの融合のイメージ

地域主体、ハンダー主体など

PHR基盤事業など



参考/データ共有化基盤構築で期待されるHL7・FHIRとは

Fast Healthcare Interoperability Resources

米国のHL7協会が開発した医療情報交換のための新たな標準仕様（規格）
本譜でも厚労省・学会・企業団体（JAHIS）が注目し、採用を協議
* 2020年度“厚労科研”で企画策定を作業中（早急な策定期待）

1980年代：HL7ver.2規格化→1995年以降：HL7ver.3規格化
規格化の過程で仕様が複雑化し実装で難があると指摘される

従って

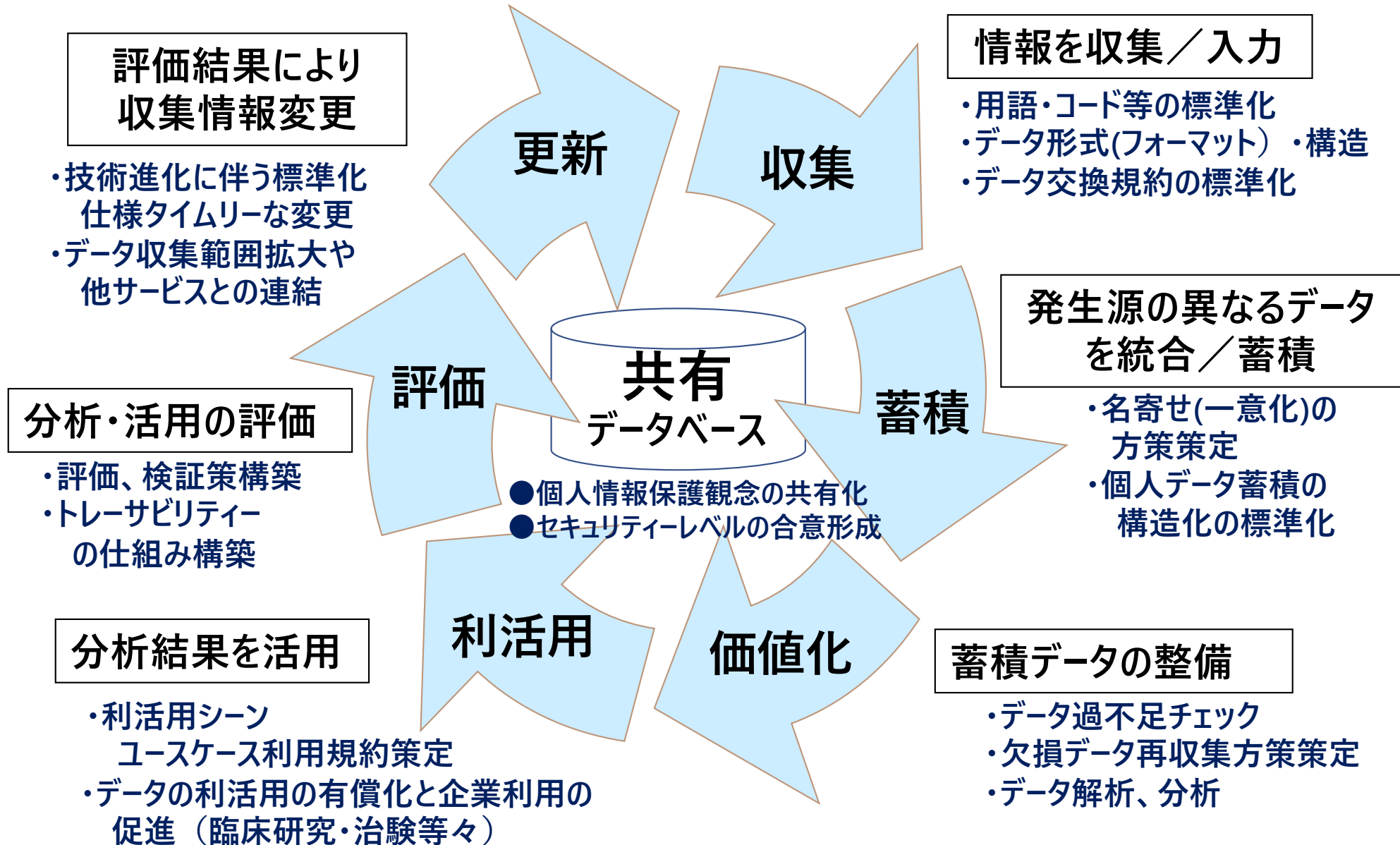
- 👉 Webベースで情報のやり取り手順でアクセス可能とする規格化推進
 - ・現行システムに簡単に実装可能・Web技術活用で柔軟な拡張性確保
 - ・医療分野固有APIから他のサービスとの相互乗り入れも視野にできる可能性大

ただ・・・

しかし、まだ発展途上（患者情報と検査情報のみ規格化、順次範囲拡大予定）
そして自由度がある為に、自由奔放となる可能性あり（規定と自由度の混在可能とする）
医療情報で重要視される“個人認証”“セキュリティー対策”を運用なども含め徹底

机上の議論と社会実装実験の両方が必要（従来のやり方からの脱却）
国家戦略特区での実証実験と規制当局の委員会との連携強化が必須

健康・医療情報活用のPDCAサイクルの考え方



制度の壁の象徴的事例（電子カルテの場合）

国は1983年に電子カルテ構築の為のFeasibility Studyスタート（課題整理）
その後 各社オーダリングシステム & 電子カルテシステム開発促進
1997年前後 先進的機関で導入開始しかし、**当局は全て紙に打ち出せ！**と
規制当局と闘争開始☞1999年4月“厚生省3局長通知”で解釈変更し電子化容認

16
年
の
歳
月
が

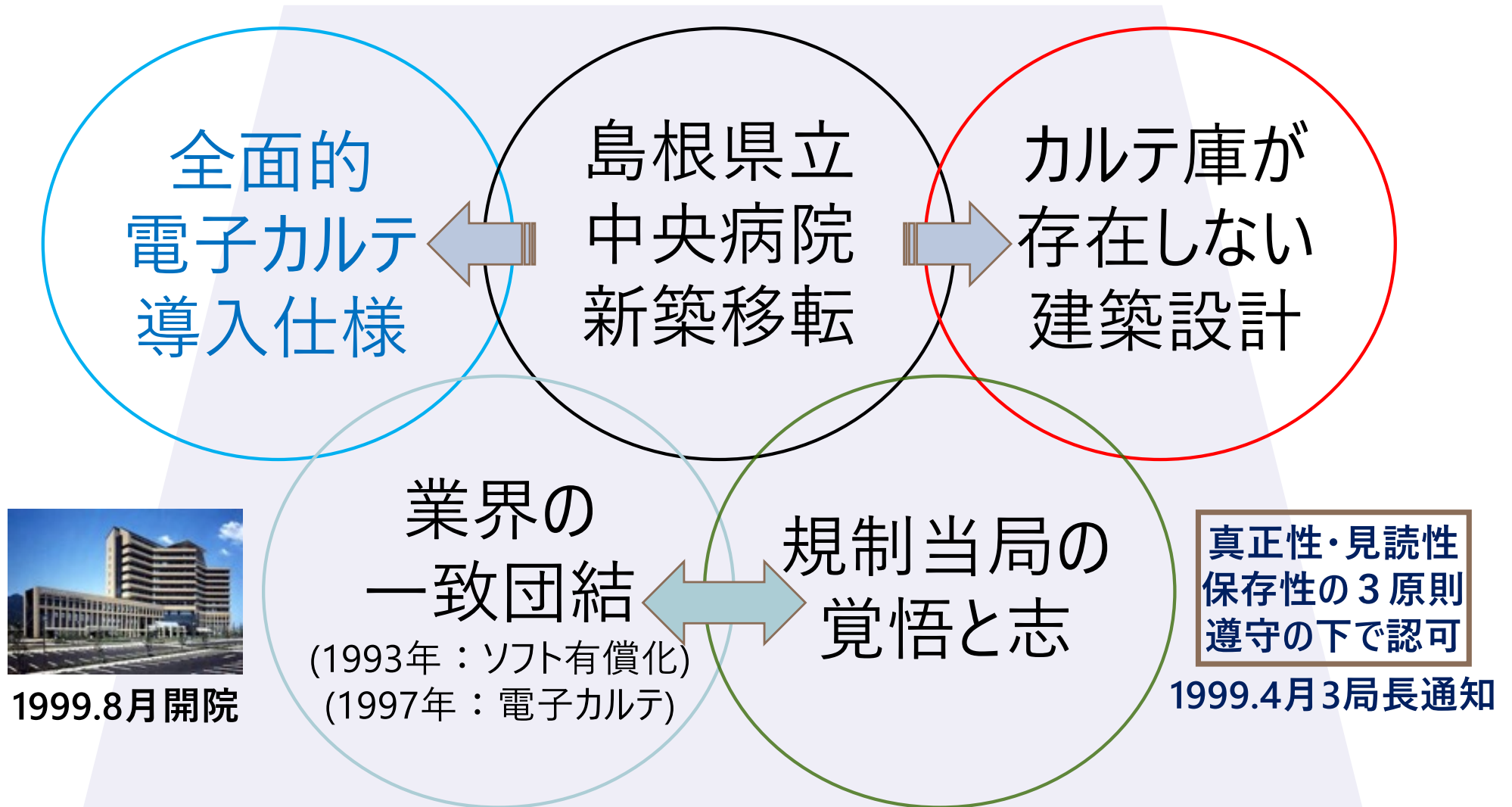
電子的に保管された診療情報を法的に「診療録」と認めなかった根拠は”医師法24条

第24条 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を
診療録に**記載**しなければならない。

2 前項の診療録であつて、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に
関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他診療に
関するものは、その医師において5年間これを保存しなければならない。

**記載は記録に非ず！ 記載とは紙に書くことと見つけたり
キーボードを打鍵し、ディスクに記録する事は記載とは言わない
従って、全て紙に印刷し保存すべきである！
ディスクに保存しただけの記録は法的に診療録と認めない！**

電子カルテの制度的な壁をどう破ったか



規制改革会議体がない中で、企業・医療界の有志が一致団結して、規制当局GA膝詰めの議論を続けた

では/どうすれば情報共有は進展するのか？

データ共有
メリット訴求
民意改革

データ
共有化仕様
早期策定
対応義務化

官民協調
企業努力
必須

民意の意識改革
の為の政治決断
が必要な時期
そして企業の
本気を示す時

情報共有
義務化
(法的対応)

情報共有化
対応予算化
継続的対応

米国等は
標準化の為に
2兆円以上を
投入した
日本も150億円
規模を用意する
が…不足！

院内等組織内標準化は個別状況を踏まえ求めない
しかし、外に向けてのデータ提供に関しては標準化強制

本邦における医療情報共有化の検討会等

厚生労働省

- ・健康・医療・介護情報利活用検討会（医療情報NWの基盤に関するWG）
- ・標準的医療情報システムに関する検討会
- ・保健医療情報標準化会議
- ・国民の健康づくりに向けたPHRの推進に関する検討会
- ・医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会
- ・医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会
- ・厚生科学審議会(医学研究における個人情報の取扱いの在り方に関する専門委員会)

ホンの一部を紹介

他に医療情報システムの標準化に係わる実態調査研究等多くの実態調査実施
厚労省・総務省・経産省・国土交通省・省連携事業

・医療健康情報活用基盤実証事業（2007）←近年検討のスタート

総務省・経産省
省庁横断の一本化議論必須
デジタルの役割重要である！

- ・情報信託機能の認定スキームの在り方に関する検討会（情報銀行）

内閣府

- ・次世代医療基盤法に係る検討(健康・医療ビッグデータ二次利用WG)

標準化・共有化・利活用に関する検討基軸共有・平仄を合わせた議論が望まれる
議論の為の議論、堂々巡り議論・課題抽出議論・縦割り検討からの脱却

参考/データ共有先進国「エストニア」の制度・仕組

医療専門家のデータ提供の義務

(2020年7月現在)

根拠法令	条項	内容
医療サービス組織法	4-2条 (1)	医療サービス提供の文書化の際、 文書化の要件に準拠し、政府情報システムで規定されている分類、リスト、アドレスデータ、および健康情報システム標準を使用することが義務付けられる。
ヘルスケアサービスの提供を文書化するための条件と手順に関する規則	3条 (1)	ヘルスケアサービスプロバイダーは、この規則で規定されている データセットに従って、通信によるサービスの提供を含むヘルスケアサービスの提供を文書化する義務がある。 この規則で別段の定めがない限り、 データは医療サービスが提供された日または翌営業日に文書化されるものとする。
健康情報システムに送信されるドキュメントのデータセットとその提出の条件と手順に関する規則	2条 (1)	法律に基づいて定められた健康状態の記録の維持を含む、患者に提供される健康管理サービスおよび健康管理のための データは、健康情報システムに送信されなければならない。

2007年から、医師による医療データの提供（**中央データベースへの登録**）が義務化法令で定められた**データ形式**で提供することが義務付けられる

参考/情報銀行・医療情報をどう区分しているか

■ 情報銀行で取扱う健康・医療分野の情報のレベル区分(レベルが上がるほど慎重な取扱いが必要)

	情報区分	考え方、情報項目例
レベル0	本人の同意を必要とせずに取得・提供可能な、個人情報に該当しない情報	・統計データ ・匿名加工情報
レベル1	本人の同意に基づいて取得・提供可能な、要配慮個人情報に該当しない健康・医療分野の個人情報	・本人に対して医師その他医療に関連する職務に従事する者により行われた疾病の予防及び早期発見のための健康診断その他の検査の結果等ではなく、健康診断、診療等の事業及びそれに関する業務とは関係ない方法により知り得た個人情報※ ※例えば、本人の病歴や個人情報の保護に関する法律施行令第2条第1号から第3号までの事項を内容とする記述等は含まれない 【例】歩数、体重、体脂肪、体温、血圧、脈拍 等のバイタルデータ
レベル2	本人同意と医療専門職(医師、歯科医師、薬剤師、保健師等)の助言に基づいて情報銀行が取得し、データ倫理審査会において医療専門職の助言と承認に基づいて提供可能な、健康・医療分野の要配慮個人情報	・本人に明示的に開示・説明されており、本人が十分に理解している医療情報 【例】法定健診項目(既往歴含む)、アレルギー、お薬手帳、OTC医薬品 等
レベル3	レベル2において取り扱いを保留する情報	・レベル2情報に含まれない情報 【例】レベル2情報に含まれない検査結果、腸内細菌、口腔内細菌、遺伝子情報 等

レベル2・3の取扱が議論となり、見解が示されていないが、早急に結論を出すべき
個人の要請に応じて取得するPHRでは、個人の預託により管理が可能である！

ご静聴ありがとうございました・最後に……

人

人のネットワークの無いところに**情報**ネットワークは機能しない
組織間の**価値観共有**が情報共有検討。構築の出発点である
人と組織、そして地域を結ぶ**アーキテクトの存在**が重要である

情

情報をData⇔Information⇔Intelligenceの3側面で認識
情報共有の為の**情報共有基盤（API）**を決定して義務化
共有規約等の進化は必然、**組織リテラシーの更なる向上**

報

現行稼働システムのリノベーション経費の**資金確保**（官民一体）
診療報酬に、**電子化加算・情報共有加算**を新設
選定療養費項目として**患者データ管理料**徴収も検討
对患者インセンティブ（保険料減免・ポイント付与等）策実施

絶え間ない規制制度改革・医療DX関連予算の相当な増額・特区利用の社会実験

ご静聴ありがとうございました・最後に私見のまとめ

①新設「デジタル田園都市健康特区」での社会実装実験を実施

- ・従来の地域に閉じられた試みをベースに地域間情報連携を実施
- ・従来の各地域での経験、知見をベースに実証実験デザイン策定（関係省庁連携）

②データ交換規約等決定→採用義務化（強制力・条例化等）

- ・HL7 FHIRを当面の最終目標に定め（3～5年後を目標に）、マイルストーンを定め、義務化対象ガイドラインを策定する

③各企業、各自治体、各医療機関向け対応の財政出動（予算化）

- ・各種の電子カルテシステムからのデータ拋出の為のシステム改修費用、ネットワークGW等の設置費用、共有データベースの整備費用、NW間接続関連経費

* 情報銀行、地域設立の共有DBなどの継続的な運営の為の政財的基盤整備が必須
データの価値化・有償での提供（対企業、自治体、大学/研究所、各種団体等）の
仕組み構築 ← データサイエンティスト・アーキテクト等の人材育成